

Síndrome còndil occipital

Marta Matas⁽¹⁾; Natàlia Mas⁽²⁾; Sílvia Catot⁽³⁾; Esther Casado⁽⁴⁾; Elena Cillan⁽⁵⁾; Montserrat Domènech⁽⁶⁾

⁽¹⁾Metge resident de segon any en Oncologia Mèdica, ⁽²⁾Cap del servei de Neurologia,

⁽³⁾Metge adjunt d'Oncologia Mèdica, ⁽⁴⁾Metge adjunt d'Oncologia Mèdica,

⁽⁵⁾Metge adjunt d'Oncologia Mèdica, ⁽⁶⁾Cap del servei d'Oncologia Mèdica
Fundació Althaia. Xarxa assistencial Universitària de Manresa.

Nom autora: Marta Matas Lloc de treball: Fundació Althaia. Xarxa assistencial Universitària de Manresa.

Data recepció: 27.11.2019 Data acceptació: 13.01.2020

Mail: martamatasgarcia@gmail.com

Forma citació: Matas M, Mas N, Catot S, Casado E, Cillan E, Domènech M. *Síndrome còndil occipital*. ReMUE.c@t 2020;7(2):33-35

Motiu de consulta: cefalea hemicranial dreta i desviació lingual

Antecedents personals:

Sense hàbits tòxics. Al·lèrgia a penicil·lina.

- Hipertensió arterial

- Neoplàsia pròstata diagnosticada el 2009, estadiatge clínic T3bN0, estudi d'extensió negatiu. Va realitzar tractament de radioteràpia dosis total 67Gy i hormonoteràpia durant 3 anys. Recidiva local el 2017 que es tracta amb braquiteràpia de rescat. Desembre 2018 progressió òssia i ganglionar, iniciant-se anàlegs. Gener 2019 resposta clínica amb PSA 7 (previ de 14).

Malaltia actual: home de 74 anys que consulta a Urgències en diverses ocasions per cefalea hemicranial dreta que s'inicia a nivell cervical i irradia a òrbita dreta amb desviació ipsilateral de la llengua. Sense altra simptomatologia: no nàusees ni vòmits, no sonofòbia, no fotofòbia, no vertigen.

Exploració física:

TA:148/92mmHg FR: 12rpm SatO2 basal: 98% FC: 74bpm T:36°C Glucèmia: 95

Pacient amb bon estat general, conscient i orientat. Hemodinàmicament estable. Normocolorejat. Normohidratat. Eupneic en repòs.

- Exploració neurològica: Glasgow 15. Pupil·les isocòriques i normo reactives. Parells cranials conservats excepte paràlisi unilateral de nervi hipoglòs (XII) en la maniobra de protrusió lingual s'objectiva una desviació a la dreta (figura 1). No dèficits motors ni sensitius. No dismetries. No defectes campimètrics ni nistagmes. MOEs correctes. No afàsia ni apràxia. No signes de meningisme (Brudzinski i Kernig negatius).

- Auscultació Cardíaca: rítmica. No s'ausculten bufos ni freqs.

- Auscultació Pulmonar: murmur vesicular conservat. No sorolls sobreafegits.

- Abdomen: tou i depressible, no dolorós a la palpació. No es palpen masses ni megàlies. No signes d'irritació peritoneal. Peristaltisme present.

- Extremitats inferiors: no s'observen edemes. Polsos distals presents i simètrics. No signes de trombosis venosa profunda.

- Cervical: dolor a la palpació de múscul trapezi dret. Moviments de rotació, lateralització i flexió-extensió conservats. No es palpen ganglis dolorosos.

- Orofaringe: normocolorejada i normohidratada. No signes d'amigdalitis aguda. Úvula centrada sense abombament del paladar. No masses ni exsudats. No es palpen ganglis.

Proves complementàries realitzades a Urgències

- **ECG:** ritme sinusal. Eix QRS 60°. 70bpm. PR 0,12. QRS estret. Sense alteracions agudes de la repolarització.

- **Analítica:** Hemoglobina 14.8 g/dL, Leucòcits 5.0 x10e9/L, Plaquetes 194 x10e9/L, Inr 1, Glucosa 95 mg/dL, Urea 45 mg/dL, Creatinini 1.2 mg/dL, Filtrat glomerular 59.21 mL/min., Sodi 137 mmol/L, Potassi 4.16 mmol/L, Clorur 105 mmol/L, PCR 1.5 mg/L

- **Ortopantomografia:** sense objectivar-se alteracions agudes.

Diagnòstic diferencial a Urgències: cefalea hemicranial i desviació lingual

- Dissecció de l'artèria caròtida: es manifesta com cefalea i parèsia de l'hipoglòs, però la cefalea sol associar-se a signes trigèmin-autonòmic que en aquest cas el pacient no presentava. Tampoc presentava factors de risc que el predisposessin a fer disseccions i amb l'angioTC es va descartar.

- Lesions traumàtiques vertebrals: podrien afectar el canal hipoglòs i donar cefalea, que s'iniciaria a nivell cervical. El pacient no té antecedent de traumatisme.

- Ictus territori bulbar: a part de la simptomatologia del pacient, esperàriem trobar altres dèficits neurològics focals associats que el pacient no presentava, com disminució de la sensibilitat termoanalgèsica ipsilateral

per afectació del nucli trigeminal, síndrome de Horner per afectació simpàtica, diplopia per afectació...

- Patologia locoregional ORL: l'exploració amb fibrolaringoscòpia va descartar altres alteracions.

- Malalties immunomediades: habitualment donen afectació concomitant de més parells cranials que el pacient no presentava.

- Neoplàsies intracranials i de base del crani: com és el cas del pacient, quan aquestes es localitzen en el trajecte del nervi hipoglòs a nivell del còndil occipital podem parlar de la síndrome del còndil occipital.

Evolució clínica i proves complementàries fora d'urgències

En la primera visita a urgències s'orienta com a cefalea secundària a contractura cervical, es realitza TC cranial que no objectiva lesions, s'inicia tractament amb antiinflamatoris i relaxant muscular. El pacient reconsulta per persistència de cefalea de més de 3 setmanes i en la darrera visita desviació lingual a la dreta. Des d'urgències s'inicia analgèsia endovenosa i es cursa ingrés a neurologia per valorar noves proves complementàries.

El pacient prèviament a l'ingrés havia estat visitat en un altre centre on s'havia realitzat un TC de troncs supraòrtics que descartava dissecció d'artèria caròtida interna, però descrivia paràlisi de nervi hipoglòs. Se sol·licita valoració per Otorrinolaringologia que realitza una fibrolaringoscòpia on no s'observen lesions ni efecte massa.

A planta de Neurologia es realitza TC cranial i de base del crani amb contrast (figura 2) que descriu lesió lítica permeativa al costat dret de la base de l'occipital que s'estén des del penyal dret fins al forat magne amb petit component de parts toves compatible amb metastàsis.

Se sol·licita una gammagrafia òssia que objectiva M1 òssies ja identificades amb el TC cranial, per tant, progressió de la malaltia.

Diagnòstic final: Síndrome del còndil occipital.

Discussió

Es tracta d'un pacient afecte d'un càncer de pròstata resistent a la castració metastàtic en progressió òssia simptomàtica, amb cefalea hemicranial dreta de tres setmanes d'evolució amb desviació ipsilateral de la llengua.

El cas clínic exposat sobre la síndrome del còndil occipital es considera rellevant degut a la poca incidència del quadre, que en moltes ocasions és un signe d'alarma associat a la infiltració de la base del crani per metastàsis òssies. La lesió òssia del còndil afecta el nervi hipoglòs a través del seu trajecte pel canal ossi generant una paràlisi unilateral d'aquest i una cefalea ipsilateral característicament occipital, continua, unilateral i que precedeix a la paràlisi del nervi hipoglòs. Aquesta síndrome va ser descrit per primer cop per Greenberg el 1981 i s'han descrit múltiples etiologies: infecciosa, neoplàsica, traumàtica, aneurisma de caròtida, fistules arteriovenoses i idiopàtica. La causa més freqüent és la neoplàsica. El diagnòstic a vegades es demora donat la complexitat

del quadre clínic.

La paràlisi unilateral de l'hipoglòs en un pacient oncològic hauria de ser considerat un símptoma d'alarma i obliga a sol·licitar un estudi de neuroimatge dirigit a descartar alteracions estructurals, com infiltració o metastàsis al llarg del trajecte del nervi hipoglòs. Si se sol·licita un TC cranial preferiblement s'hauria de fer amb contrast i que inclogui talls de la base del crani.

En aquest cas es va realitzar tractament de radioteràpia pal·liativa sobre la lesió i s'inicià quimioteràpia amb Docetaxel.

Bibliografia

- Greenberg HS, Deck MD, Vikram B, Chu FC, Posner JB. Metastasis to the base of the skull: clinical findings in 43 patients. *Neurology* 1981; 31: 530-7.
- García S; Corral I. Occipital condyle syndrome as the first symptom of a metastatic hepatocellular carcinoma. Two case reports. *Rev Neurol* 2018; 66 (5): 154 – 156.
- Martín M; Martín JM; Glavan J; Martín-Luquero M; Prieto de Paula JM. Occipital condyle syndrome as the first manifestation of a rectal tumour. Elsevier .
- Moeller JJ; Schivakumar S; Davis M; Maxner CE. Occipital condyle syndrome as the first sign of metastatic cancer. *Can J Neurol Sci.* 2007 Nov;34(4):456-9.
- Moris G; Roig C; Misiego M; Alvarez A; Berciano J; Pascual J. The distinctive headache of the occipital condyle syndrome: a report of four cases. *Headache* 1998 abr; 38 (4): 308-11.
- Blomquist MH; Barr JD; Hurst RW. Isolated Unilateral Hypoglossal Neuropathy Caused by Dural Arteriovenous Fistula. *AJNR Am J Neuroradiol.* 19; 951-953, May 1998.
- Liu MT, Lin GY, Lin CC, Cheng CA, Chen MH, Lee JT. Occipital condyle syndrome as an initial presentation of lung cancer: a case report. *Acta Neurol Taiwan* 2015; 24: 11-4.
- Yu SJ. A concise review of updated guidelines regarding the management of hepatocellular carcinoma around the world: 2010-2016. *Clin Mol Hepatol* 2016; 22: 7-17.

Imatges

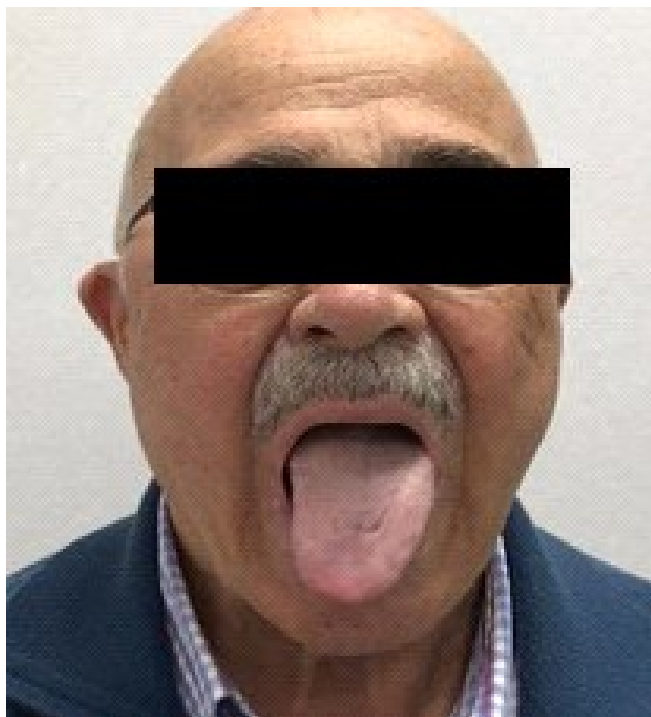


Figura 1. Maniobra de protrusió lingual mostra desviació de la llengua a la dreta

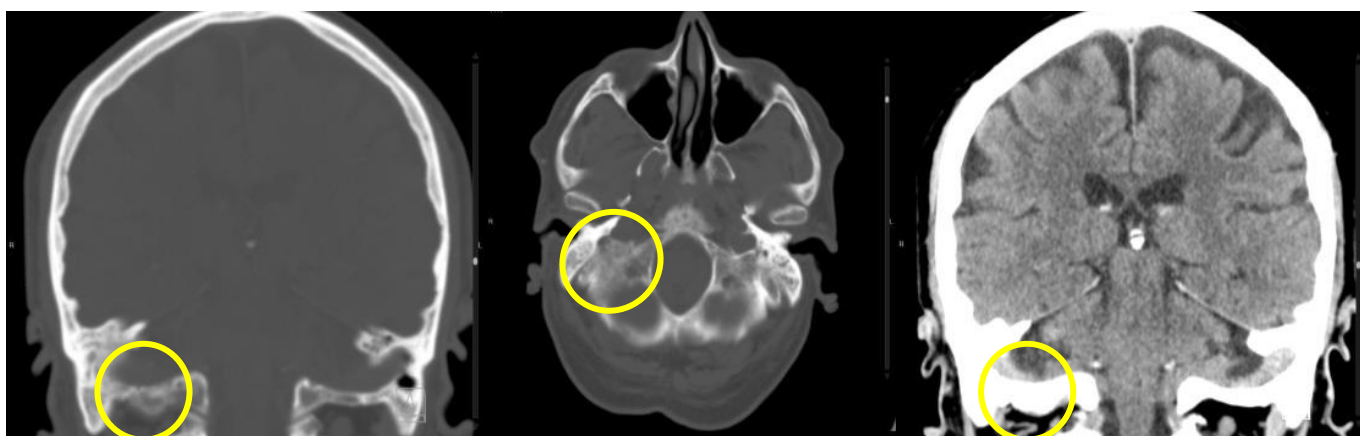


Figura 2. Imatge del TC cranial que mostra lesió lítica permeativa a nivell occipital.